

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

*Лысенко О.В., Кожар Е.Д., Рослик Л.А., Давыденко Н.Л.,  
Кузнецова Л.В., Княжище Н.К.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов  
медицинский университет»*

Среди многочисленных проблем современной медицины, проблема психосоматической патологии в наибольшей степени объединяет специалистов разных профессий. На важность междисциплинарного подхода к акушерским проблемам указывали такие отечественные клиницисты как С.Н. Астахов (1956г.), М.А. Петров-Маслаков (1977г.), В.И. Бодяжина и др. Ни для кого не секрет, что внутриутробное развитие плода, рождение ребенка имеют неизмеримо большое значение для последующей жизни человека.

Цель настоящего исследования – определить психологический компонент гестационной доминанты у женщин с угрозой прерывания беременности в сроках до 20 недель.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 30 женщин с неосложненным течением беременности (контрольная группа) и 40 женщин с угрозой прерывания беременности в сроках до 20 недель (основная группа).

В нашем исследовании мы использовали тест отношений беременной [И.В. Добряков, 1996], согласно которому женщин можно разделить на пять групп в зависимости от типа психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД): оптимального, гипогестогнозического, эйфорического, тревожного и депрессивного. Тест содержит три блока утверждений, отражающих: А. Отношение женщины к себе беременной; Б. Отношение женщины к формирующейся системе "мать – дитя"; В. Отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих. В каждом блоке есть три раздела, в которых шкалируются различные понятия. Они представлены пятью утверждениями,

отражающими пять различных типов ПКГД. Испытуемой предлагается выбрать один из них, наиболее соответствующий ее состоянию.

**Результаты.** Мы определили тип ПКГД у 30 женщин с неосложненным течением беременности (контрольная группа) в сроке беременности до 20 недель. Нами установлено, что у 83,3% женщин был оптимальный тип ПКГД, у 16,7% женщин этой группы – тревожный. Мы провели углубленный анализ типов ПКГД и установили, что даже при преимущественно оптимальном типе ПКГД (7-9 баллов по шкале "О"), отмечались отношения, свойственные эйфорическому типу ПКГД (1-2 балла по шкале "Э": эйфорическое отношение к своей беременности и будущему ребенку) и тревожному типу ПКГД (1-2 балла по шкале "Т": в области предстоящих обязанностей матери и предстоящих родов). Это было, на наш взгляд, обусловлено тем, что этим женщинам предстояли первые роды.

Нами также определен тип ПКГД у 40 женщин с угрозой прерывания беременности в сроках до 20 недель, госпитализированных в гинекологическое отделение УЗ «ВГКРД№1» с 01 2006 по 02 2007 г. Установлено, что у 85% женщин этой группы был тревожный тип ПКГД, у 15% женщин этой группы – оптимальный. При углубленном анализе типов ПКГД в этой группе мы установили, что даже при преимущественно тревожном типе ПКГД (7-9 баллов по шкале "Т"), отмечались отношения, свойственные эйфорическому типу ПКГД (1-2 балла по шкале "Э": эйфорическое отношение к своей беременности и будущему ребенку), а при преимущественно оптимальном типе ПКГД (7-9 баллов по шкале "О"), отмечались отношения, свойственные тревожному типу ПКГД (1-2 балла по шкале "Т": в области предстоящих обязанностей матери и предстоящих родов). С нашей точки зрения, большой процент женщин этой группы с тревожным типом ПКГД обусловлен их переживаниями, связанными с отклонениями от нормы в течении настоящей беременности, психологическим фактором госпитализации уже в первом триместре беременности. А эйфорические компоненты, в свою очередь, связаны с наличием самопроизвольных выкидышей в анамнезе у женщин этой группы.

Со всеми женщинами были проведены психопрофилактические беседы, основанные на теории С. Грофа о перинатальных матрицах для лучшего понимания беременной женщиной состояния плода во время беременности и родов. В беседе с женщинами мы также использовали разбор наиболее сложных случаев, состоявший из особенностей семейных отношений и ориентировать женщину на то, что целью психопрофилактической беседы являлась не только стабилизация эмоционального состояния беременной, но и "позитивное планирование родов" самой женщиной.

**Выводы.** Таким образом, тест отношений беременной позволяет выявить нервно-психические нарушения у беременных женщин на ранних этапах их развития, связывать их с особенностями семейных отношений и ориентировать врачей и психологов на оказание соответствующей помощи. Простота использования теста даст возможность внедрения его в практику работы женской консультации, применения акушерами-гинекологами.

Литература.

1. Абрамченко, В.В. Психосоматическое акушерство / В.В. Абрамченко. – СПб.: СОТИС, 2001. – 320 с.
2. Абрамченко, В.В. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт / В.В. Абрамченко, Н.П. Коваленко. – СПб.: Изд-во СПб ун-та, 2001 – 348 с.

- 3 Коваленко, Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов: Перинатальная психология, медико-социальные проблемы / Н.П. Коваленко. – СПб, 2002. – 318 с.
- 4 Эдеймиллер, Э.Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов / Э.Г. Эдеймиллер, И.В. Добряков, И.М. Никольская. – СПб: Речь, 2003. – С.104–140.